

Réflexions sur l'enseignement et la recherche en économie de la santé au Canada

Gérard Bélanger et Jean-Luc Migué

Volume 51, numéro 3, juillet-septembre 1975

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/800633ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/800633ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0001-771X (imprimé)

1710-3991 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cette note

Bélanger, G. & Migué, J.-L. (1975). Réflexions sur l'enseignement et la recherche en économie de la santé au Canada. *L'Actualité économique*, 51(3), 446-452.
<https://doi.org/10.7202/800633ar>

Tous droits réservés © HEC Montréal, 1975

Cet document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

NOTES

*Réflexions sur l'enseignement et la recherche en économique de la santé au Canada **

Comme tous les pays, le Canada a fortement accru la part de sa production consacrée aux services de santé ces dernières années. En 1955, les dépenses par habitant dans le domaine de la santé s'établissaient à 57.40 dollars ou 3.2 pour cent du produit national brut. En 1971, les dépenses par tête étaient passées à 306.11 dollars, soit 7.1 pour cent du P.N.B. Au cours de ces années, le régime institutionnel subissait aussi des réformes majeures. Déjà en 1958, sous la pression d'un régime institué par le gouvernement fédéral, et qui pénalisait les provinces non participantes, la plupart des provinces mettaient gratuitement à la disposition des citoyens le service de santé le plus coûteux, le service hospitalier. Dix ans plus tard, les services du médecin devenaient aussi gratuits. Le Canada a donc évolué au cours de cette période vers un régime de prise en charge à peu près intégrale du financement par le secteur public.

L'importance accrue du secteur et les transformations qu'il a subies ne pouvaient que favoriser le développement de l'enseignement et de la recherche en économique de la santé au Canada. De nombreuses commissions d'enquête ou groupes de travail gouvernementaux n'ont pas manqué de faire appel aux professeurs d'université pour étudier les dimensions multiples du secteur de la santé. L'expansion accélérée des universités au cours des années soixante fournissait l'occasion de consacrer des ressources abondantes à de nouveaux domaines d'enseignement et de recherche. Rares sont aujourd'hui les universités canadiennes où n'existe pas au moins un spécialiste de l'économie de la santé. A noter aussi que l'affectation de ce spécialiste à l'intérieur de l'institution universitaire se révèle très variable. On peut le retrouver dans un département de médecine sociale d'une faculté de médecine, tout autant que dans un département d'économie, ou encore dans une faculté dite

* Communication présentée à la Journée d'études sur l'enseignement et la recherche en économie de la santé organisée par le Groupe d'étude et de recherche en économie de la santé de l'Université de Paris I, le 12 avril 1975.

de santé publique ou même dans un département d'administration générale. De leur côté, les administrations gouvernementales et para-gouvernementales embauchent aussi des quantités élevées et croissantes de cette sorte de spécialistes.

Plutôt que de présenter le résumé des nombreuses études d'économistes canadiens sur le sujet, nous jugeons préférable de nous arrêter brièvement à deux questions d'un grand intérêt pour les universitaires. Nous aimerions d'abord dégager quelques réflexions de notre expérience en matière d'enseignement de l'économie de la santé à la faculté de médecine de l'Université Laval. En deuxième lieu, nous voudrions indiquer ce qui nous paraît s'annoncer comme une avenue prometteuse de recherche dans le secteur, soit l'application de la méthodologie économique à l'analyse des institutions multiples associées à l'industrie des services de santé.

Enseignement de l'économie de la santé

D'une façon qui ne manque pas de réalisme, les spécialistes américains des sciences sociales retiennent souvent deux catégories de disciplines scientifiques, qu'ils distinguent d'après le degré de rigueur et de précision qui les caractérise. Ils associent la moindre rigueur aux sciences humaines qu'ils qualifient de *soft*, par opposition aux disciplines plus précises qu'ils jugent *hard*. La fragilité des disciplines sociales et l'insécurité qu'elle engendre se reflètent dans la multiplicité des conceptions et des programmes d'économie qui se disputent la clientèle des disciplines de la santé. Pour un nombre important de non-économistes, l'économie se présente comme la simple description chiffrée d'une industrie particulière. L'enseignement de l'économie consisterait donc essentiellement pour eux à faire le recensement des intrants absorbés par le secteur, à mesurer la distribution des services à travers le territoire, l'effet multiplicateur des budgets de santé sur l'ensemble de l'économie, ainsi qu'à décomposer les dépenses globales par type de services de façon à en déterminer l'évolution des composantes au cours des années. Par cette approche on ferait la photographie d'un secteur d'activité.

Pour d'autres, l'enseignement de l'économie sert de moyen pour transmettre aux étudiants des sciences de la santé les principes moraux et organisationnels qui devront guider l'exercice ultérieur de leur métier de spécialistes de la santé. La technologie, postule-t-on, imposera à ces futurs médecins, à ces futurs infirmiers, l'obligation d'exercer leur profession au sein d'unités de production changeantes et complexes. On en conclut qu'il leur faudra posséder une connaissance plus poussée de la fonction de production et des principes de management en milieux bureaucratiques. Les plus fervents tenants de cette approche pousseraient même la spécialisation jusqu'à l'enseignement des techniques de

recherche opérationnelle et d'analyse de systèmes. On prétend ainsi faire prendre conscience aux étudiants des exigences de l'organisation, par exemple de la médecine d'équipe, des centres de santé communautaires ainsi que des problèmes associés aux relations multiples de ces organismes avec le planificateur central qu'est le gouvernement.

Par-delà ce souci de formation aux techniques administratives et manageriales, on ne manque généralement pas dans cette sorte de programme de dispenser généreusement les principes moraux qui devraient régir les comportements du producteur vertueux. L'enseignement des techniques de production se double donc souvent d'une sorte de moralisme aux fondements souvent douteux. En ce sens, la recherche associée à cet enseignement se veut très utilitaire. Elle s'assimile à cet égard aux travaux qui s'effectuent tout naturellement dans les ministères ou dans les unités de production, en fonction de l'implantation de structures ou du bon fonctionnement de l'organisation.

Ces conceptions de l'enseignement de l'économie n'enthousiasment guère l'économiste plus orthodoxe qui valorise davantage l'analyse. Les plus puristes d'entre eux soutiendront même que les deux approches précédentes n'appartiennent pas à l'économie. Pour l'économiste, une science n'a donc pas pour but de modifier le système de valeurs des agents d'un régime, mais plutôt d'expliquer les faits, les institutions et les comportements sociaux, ainsi que d'évaluer les effets possibles de la transformation des structures. L'approche n'est donc pas normative mais explicative ; elle vise à interpréter. Elle veut appliquer au domaine des soins de la santé les instruments qu'offre l'analyse économique de façon à conférer une signification à des phénomènes aussi divers que les relations de type particulier qui s'établissent entre le médecin et son patient et leurs conséquences sur les comportements du médecin, l'avènement et la dynamique d'institutions à but non lucratif comme les hôpitaux, la montée foudroyante des prix et des coûts dans le secteur, l'avènement et le comportement d'organismes professionnels comme l'Ordre et les syndicats de médecins, le choix que font les consommateurs de leurs médicaments et l'allure particulière des prix qu'ils paient, la rentabilité des sommes imposantes affectées par la société à la santé.

Dans cette perspective, l'enseignement de l'économie s'assigne un objectif de formation générale et d'ouverture des horizons, plutôt que de formation strictement professionnelle. A part l'étudiant qui se destine à une carrière au sein d'administrations publiques, le cours d'économie ne présente guère d'intérêt pratique immédiat. C'est dans cet esprit qu'aux sciences de la santé de l'Université Laval, le cours d'économie proprement dit est offert aux étudiants en option, c'est-à-dire en concurrence avec un vaste assortiment d'autres cours de culture, en sociologie, en psychologie, etc.

Les observations qui précèdent posent donc le problème des fondements et du contenu de l'enseignement de l'économique aux étudiants des sciences de la santé. A l'Université Laval, le programme de cours facultatifs emprunte quelques éléments aux trois approches définies ci-dessus. Non pas que ce programme soit le fruit d'une intégration et d'une planification précise issues de la sorte d'évaluation que nous avons tenté de faire ci-dessus. Ce résultat provient davantage de ce que le programme intégré des sciences de la santé emprunte des cours de service à différents départements et facultés de l'Université, comme le département de médecine sociale, le département d'économique, l'Ecole de Psychologie, etc. Le programme qui en découle reflète la diversité des origines et des biais professionnels de ceux qui le dispensent.

A l'origine, c'est-à-dire en 1968, l'enseignement de l'économique proprement dite ne comportait qu'une introduction à la science économique générale. En fait, on s'est contenté au début de décréter que le cours d'économique antérieurement réservé aux étudiants de la faculté des sciences pouvait désormais servir d'option aux étudiants des sciences de la santé (médecine, nursing, pharmacie, diététique, etc.). En septembre 1968, pas moins de deux cents de ces étudiants venaient gonfler les rangs d'un auditoire déjà très nombreux.

Sans doute ébranlé par les résultats d'études américaines révélant que la clientèle des cours d'introduction générale à l'économique ne retenait à peu près rien de l'enseignement reçu, le département d'économique décidait dès 1969 d'offrir chaque année à cette nouvelle clientèle un cours mieux adapté à ses besoins présumés et qui se veut une application des principes généraux de l'économique au secteur spécifique de la santé. C'est en fonction de cet enseignement que nous avons préparé notre ouvrage sur *Le prix de la santé*¹, qui sert d'ailleurs de manuel principal.

Il reste que l'enseignement de l'économique et en général l'enseignement des sciences humaines se ressentent toujours de l'état de flottement dans lequel se trouve l'université en matière de programme de formation sociale et professionnelle des futurs professionnels de la santé. Ainsi depuis quelque temps, l'Université Laval a choisi de faire la place un peu plus large aux enseignements de base strictement disciplinaire. Les cours facultatifs de culture générale en ont subi le contrecoup sous la forme d'une chute sensible de la clientèle des cours d'économique.

Notre courte expérience de l'enseignement de l'économique de la santé nous inspire une dernière observation sur le moment le plus opportun d'insérer cet enseignement dans le processus de formation de l'étudiant des sciences de la santé. A Laval, c'est principalement l'étudiant qui en

1. Migué, Jean-Luc et Bélanger, G., *Le prix de la santé*, Hurtubise HMH, Montréal, 1972, 239 p. Dans sa version anglaise *The Price of Health*, Macmillan of Canada, Toronto, 1974, 229 p.

est au début de son programme qui reçoit cet enseignement. Il s'ensuit que le titulaire du cours reçoit implicitement pour tâche d'interpréter des comportements que l'étudiant n'a pas vécus, des institutions qu'il connaît à peine et des politiques dont il ignore souvent la signification et la portée. Inutile de dire que cet état de chose n'est pas de nature à susciter l'intérêt de l'étudiant. Si le choix nous était offert, nous préférons de loin une clientèle composée d'étudiants plus avancés et qui soient riches d'une certaine expérience, quitte à diminuer en retour le nombre d'heures d'enseignement.

*Avenue de recherche dans le secteur de la santé :
l'économique des institutions*

Nous avons noté précédemment qu'avec l'avènement de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé publique, le secteur des services de santé avait subi de profondes transformations au Canada. Une évolution semblable s'est d'ailleurs produite dans un grand nombre de pays. L'une des dimensions importantes de ce bouleversement institutionnel réside sans contredit dans le fait que les prix ne jouent plus désormais leur rôle traditionnel dans l'allocation des ressources. Ce sont les processus politiques et bureaucratiques, qu'on désigne communément par l'expression assez peu significative de planification, qui ont assumé principalement la tâche de distribuer les ressources entre les différents usages et individus. L'économie de la santé s'identifie dès lors pour une grande part à l'économie du secteur public et para-public. A l'analyse du consommateur individuel, il faut donc substituer l'analyse des processus politiques comme formulateur des préférences et à l'analyse du producteur commercial, substituer l'étude des processus bureaucratiques.

Jusqu'à tout récemment une longue tradition d'analyse économique prêtait aux agents du secteur public une motivation, une dynamique différente de celle de l'homo economicus, qui, elle, inspire le consommateur et producteur privé. A cet homo economicus rationnel, matérialiste et mesquin, s'opposait l'agent présumé généreux et désintéressé de l'Etat, à qui l'analyse assignait la fonction de maximiser le bien-être social en suppléant aux défaillances du marché. Il en allait de même des multiples institutions modernes dites à but non lucratif qui ont mis du temps à susciter l'intérêt de l'économiste. L'économiste a longtemps abandonné à l'attention des autres sciences sociales les champs de recherche qu'offrent les hôpitaux, les universités, les coopératives, la famille, les organisations de charité, etc. Le corollaire implicite de cet aveu d'impuissance était que les individus qui composent ces institutions n'obéissent pas à la dynamique de l'homo economicus. Le postulat méthodologique de la recherche de l'utilité individuelle ne tiendrait plus dans ce contexte. Les individus y rechercheraient quelque vague fonction de bien-être

social, étrangère au calcul économique du consommateur et producteur traditionnel.

Avec l'application de la méthodologie économique classique aux questions de choix collectifs, une tradition d'analyse positive de ces institutions s'est implantée au cours des quinze dernières années, principalement aux Etats-Unis.

Le même *homo economicus* que la tradition identifie à l'entreprise et au consommateur se retrouverait donc dans les institutions sociales. Pour n'être pas toujours monétaire, le calcul des bénéfices et des coûts qu'effectuent les individus dans la recherche de leur propre satisfaction au sein de ces institutions n'en est pas moins rationnel et donc économique. Ce qui distingue ces institutions hors-marché des institutions commerciales, ce n'est pas la rationalité différente des agents qui y évoluent, ce sont les contraintes différentes, ou mieux les règles du jeu différentes auxquelles ils sont soumis. Le régime de rémunérations, de sanctions et de récompenses n'est plus le même. A priori, il faut donc en prévoir des résultats différents.

Cette perception orthodoxe des institutions peut recevoir une application directe dans le secteur des soins de la santé. Au Canada, le financement public du secteur a été présenté comme le remède miracle aux imperfections du financement privé. La nationalisation promettait de comprimer sensiblement la surconsommation des services médicaux et hospitaliers, de même que la multiplication des actes routiniers improductifs. Elle devait s'accompagner d'une généralisation jugée désirable de la médecine préventive et de la médecine d'équipe grâce surtout au recours progressif au personnel paramédical. Elle devait réaliser l'accessibilité universelle aux soins. Elle devait enfin mener à une rationalisation et une cohérence plus grande du système et favoriser la meilleure adaptation des services aux préférences des citoyens grâce aux nombreux mécanismes de participation que formellement elle comportait.

Ce monde idéal que les réformateurs nous faisaient miroiter ne s'est pas réalisé. Comme le suggère la méthodologie économique, la suppression du mécanisme des prix n'est pas la suppression de l'*homo economicus*. Elle n'est que la substitution d'un type d'incitations, celles du marché, à un autre type d'incitations, celles que comportent les organismes à but non lucratif, politiques et bureaucratiques.

Le calendrier d'implantation du système a favorisé chez nous la consommation des services les plus coûteux, ceux de l'hôpital et du médecin, et gêné le progrès des carrières para-médicales. Le régime de rémunération du médecin entraîne encore aujourd'hui la multiplication des actes, surtout des plus routiniers. Dans son rôle combiné de producteur et de conseiller du patient, le médecin est encore aujourd'hui soumis au risque de conflit d'intérêt. L'évolution de la demande des

services médicaux au Canada démontre qu'il n'y échappe pas toujours. Ainsi, la consommation de services médicaux varie en proportion directe du nombre de médecins. Par exemple, la Colombie-Britannique qui renferme trente pour cent plus de médecins par mille habitants que sa voisine, la Saskatchewan, fait une consommation de services de trente pour cent supérieure.

Du côté des hôpitaux, on n'a pas tardé à constater que les administrateurs répondaient eux aussi très rapidement et fidèlement aux incitations du système. Le principe du financement public en fonction des coûts effectivement encourus n'a jamais été favorable à l'économie ni à l'efficacité. La discrétion implicite que cette formule comporte pour le médecin et l'administrateur n'a donc pas manqué de s'exprimer dans le suréquipement et le développement de services très spécialisés. Pour avoir supprimé le profit ou le dividende monétaire, il n'est donc pas garanti que par le statut d'institution à but non lucratif, on ait supprimé la recherche du profit tout court, qui prend dès lors la forme de dépenses ou de services discrétionnaires.

La théorie économique des processus politiques et bureaucratiques nous aide aussi à comprendre pourquoi le rêve des réformateurs ne s'est jamais traduit dans la réalité. L'imposition de normes tatillonnes de contrôle aux unités de production décentralisées s'explique bien davantage par le souci d'élargir son pouvoir que par son désir de garantir l'usage judicieux des fonds publics. L'analyse économique laisse enfin présumer ce que l'observation confirme : le succès électoral de l'homme politique n'est pas automatiquement lié à l'efficacité des décisions qu'il adopte. Pour être rationnel, il devra donc lui aussi faire souvent des choix contraires au bien-être social.

Nous n'avons qu'effleuré les nombreux sujets possibles que les institutions associées aux services de santé offrent à l'analyse économique. Pour quiconque s'est tenu un tant soit peu au fait des contributions récentes de l'économie à la compréhension des phénomènes et institutions « hors-marché », il ne fait pas de doute que l'entreprise peut se révéler fructueuse. Les résultats déjà obtenus justifient pleinement l'investissement accru que les économistes voudront faire dans ce domaine au cours des prochaines années.

Gérard BÉLANGER,
Université Laval

et

Jean-Luc MIGUÉ,
*Ecole nationale d'administration
publique*